***MODULO DI DOMANDA***

Al sig. Sindaco

Al Responsabile dell’Ufficio di Servizio Sociale

COMUNE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov (\_\_\_\_\_\_)

Domiciliato[[1]](#footnote-1) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov (\_\_\_\_\_\_)

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede**

 Per sé;

 Per il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov (\_\_\_\_\_\_\_)

Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov (\_\_\_\_\_\_)Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di: □ genitore, □ coniuge, □ figlio, □ tutore, □ curatore □ amministratore di sostegno,

□ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Di essere ammesso a partecipare alle attività promosse dal Centro Diurno Polivalente Distrettuale c/o la sede di:**

**□ Serramanna:** sito in piazza Gramsci snc;

**□ Ussaramanna:** sito in via Marmilla n.31;

**□ Segariu**: sito in via Dante n.433/45.

A tal fine, a conoscenzadi quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**:

* Che il/la sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ vive con:

(indicare nome, cognome, luogo e data di nascita, rapporto di parentela e professione di tutti i conviventi)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **LUOGO/DATA DI NASCITA** | **RAPPORTO DI PARENTELA** | **PROFESSIONE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Che il sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ beneficia dei seguenti interventi/servizi a carattere socioassistenziale:

1- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni: □ lun □ mar □ mer □ gio □ ven; tot. ore settimanali\_\_\_\_

2-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni: □ lun □ mar □ mer □ gio □ ven; tot. ore settimanali\_\_\_\_

3-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni: □ lun □ mar □ mer □ gio □ ven; tot. ore settimanali\_\_\_\_

4-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni: □ lun □ mar □ mer □ gio □ ven; tot. ore settimanali\_\_\_\_

□ non beneficia di nessuna tipologia di intervento a carattere socioassistenziale;

- che l’indicatore della situazione economica ISEE per l’anno in corso del nucleo familiare è pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di aver preso visione dell’avviso per la presentazione delle domande di iscrizione al Cedip e dei suoi allegati;

Di aver preso visione e di accettare integralmente, in particolare, tutte le clausole contenute nel documento “**Criteri di Accesso e Funzionamento del CEDIP” allegato all’avviso.**

**Il sottoscritto inoltre si impegna** a:

□ comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni;

□ collaborare con i servizi territoriali, sociali e sanitari, per la valutazione della propria situazione sociosanitaria e la condivisione di un progetto individuale.

□ collaborare con il servizio nelle varie fasi di realizzazione dell’intervento

□ versare la quota di compartecipazione di € 50,00 mensili per tutta la durata di frequenza al CEDIP (da corrispondersi esclusivamente tramite il sistema pagoPa, dopo notifica dell’importo tramite apposito cedolino da parte dell’ente gestore del Plus)

Allega:

* Copia documento d’identità e tessera sanitaria (del beneficiario e del familiare/tutore/amministratore di sostegno);
* Copia dell’ISEE in corso di validità;
* Scheda di valutazione sanitaria e relativi allegati
* certificazione della condizione di disabilità ai sensi dell’art. 3 della Legge n. 104/1992;
* altri documenti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati**

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Luogo e data

 Firma per accettazione

1. *Da indicare solo se non coincidente con la residenza* [↑](#footnote-ref-1)